FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962

THÈSE

N° 962

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

MORLAAS Pierre
né le 26 juillet 1929 à SOUSTONS (Landes)
Ancien Externe des Hôpitaux

Présentée et soutenue publiquement le

GROSSESSES ET ACCOUCHEMENTS APRES SYNECHIES

Président : Monsieur VARANGOT Professeur

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE - PARIS-Ve

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

MORLAAS Pierre

né le 26 juillet 1929 à SOUSTONS (Landes)

Ancien Externe des Hôpitaux

Présentée et soutenue publiquement le

GROSSESSES ET ACCOUCHEMENTS APRES SYNECHIES

Président : Monsieur VARANGOT Professeur

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE · PARIS-Ve

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

1-2-1962

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN . . . . . Léon BINET.
Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR . . . . . Jean VERNE
2e ASSESSEUR . . . . . Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.) / SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIÈVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.) / BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.) / DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2e CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales — Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Cliniques chirurgicales — Cochin	LEGER (L.)
Cliniques chirurgicales — Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Cliniques chirurgicales — Pitié	CORDIER (G.)
Cliniques chirurgicales — Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Cliniques chirurgicales — Salpêtrière	SICARD (A.)
Cliniques chirurgicales — Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Cinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales — Boucicaut	LENÈGRE (J.)
Cliniques médicales — Broussais	SOULIÉ (P.)
Cliniques médicales — Cochin	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cliniques médicales — Cochin	BROUET (G.)
Cliniques médicales — Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Cliniques médicales — Lariboisière	SÈZE (S. de)
Cliniques médicales — Pitié	DREYFUS (G.)
Cliniques médicales — Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgixale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.)
Médecine	LHERMITTE (F.)
Médecine	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) BUSSER (F.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BAILLIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUH (J.) JEROME (H.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)
Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (C.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) DUPONT (V.)
Médecine légale	DERCBERT (L.), pr. s. ch. FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)
Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LEVEQUE (B.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LŒPER (J.) MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHET (G.)
Pathologie médicale	AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHE (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Pédiatrie-Puériculture	JOSEPH (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)

	MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	BARRES (G.) DEJOURS (P.) DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.)
Physique médicale	CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch. GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA(M.) m.conf.
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)

	MM.
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.) LAPRESLE (J.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A. QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J,)
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.) AMFLINE (A), pr. s. ch. VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)

	MM.
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie . . . . . HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.

Pathologie chirurgicale . . . . . RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.)
LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . . M. LENA (J.)

Secrétaire principal . . . . . Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque .
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateur . . . . . Mlle DUMAITRE (P.)

Bibliothécaires . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

En témoignage d'affectueux reconnaissance

A MA FEMME, A MES ENFANTS,

A TOUS LES MIENS.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VARANGOT

qui nous a fait le grand honneur de bien vouloir
accepter la présidence de cette thèse.

avec nos remerciements respectueux.

A NOTRE MAITRE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE MAURICE MAYER

qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et si utilement aidé de ses conseils.

qu'il trouve ici l'expression de notre profonde gratitude pour la grande bienveillance de son accueil et de sa direction durant notre long séjour dans son service.

A NOTRE MAITRE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE Maurice ROBEY,

dans le Service duquel nous avons eu l'honneur de remplir les fonctions d'interne, en témoignage de vive reconnaissance pour ses précieux conseils et la confiance qu'il nous a témoignée.

A NOS MAITRES EN EXTERNAT :

- MONSIEUR LE DOCTEUR SEILLE
- MONSIEUR LE DOCTEUR DUPUY
- MONSIEUR LE PROFESSEUR ALAJOUANINE
- MONSIEUR LE PROFESSEUR MOUQUIN
- MONSIEUR LE PROFESSEUR DECOURT
- MONSIEUR LE DOCTEUR MARQUEZY

en marque de reconnaissance.

A NOS MAITRES EN OBSTETRIQUE,

- MONSIEUR LE DOCTEUR CHARTIER
- MONSIEUR LE DOCTEUR MAURICE DUBOST

en témoignage d'amicale gratitude.

A MES AMIS LES DOCTEURS BUGNARD et COHEN en souvenir des nombreuses gardes où ils m'ont aidé de leurs conseils,

INTRODUCTION

Depuis le Congrès de Marseille de 1957, les symphyses endo-utérines, plus couramment qualifiées de synéchies utérines, sont toujours une question à l'ordre du jour.

Malgré l'abondance de la littérature, bien des aspects du problème restent dans l'ombre. Si la plupart des auteurs sont d'accord sur l'étiologie, de nombreuses divergences se manifestent à propos de la pathogénie et de l'attitude thérapeutique à adopter, pour les femmes qui, porteuses de telles symphyses endo-utérines sont désireuses de procréer : à quel choix se résoudre ? abstention, traitement médical, traitement chirurgical par voie haute, par voie basse, chacune de ces attitudes a ses partisans.

Nous nous proposons de relater 6 observations originales que nous ont fait l'honneur de nous confier Monsieur le Professeur Agrégé Maurice MAYER et Monsieur le Docteur Maurice DUBOST.

A la lumière de ces 6 cas, et se référant également à quelques autres choisis dans la littérature, nous ferons en premier lieu, après un bref rappel historique, une revue générale de la question des synéchies dans leur étiologie, leur aspect anatomopathologique et leurs manifestations cliniques. Après ces quelques données nécessaires notre propos est d'approfondir plus particulièrement les répercussions des symphyses endo-utérines sur la fécondabilité et surtout sur le déroulement de la grossesse, que la synéchie ait été ou non traitée d'ailleurs.

Nous avons en effet la chance de réunir ici 5 cas de synéchies utérines traitées, suivies, de grossesse et un cas de synéchie découverte lors d'un accouchement.

HISTORIQUE

FRITSCH et VEIT sont les premiers à avoir publié en 1894 et 1895 chacun un cas de symphyse endo utérine secondaire à un curetage de la cavité utérine puis WERTHEIM et KUSTNER proposèrent l'un et l'autre un type d'intervention destiné à permettre l'évacuation du sang des règles par une fistule utéro-vaginale.

En 1917 HALBAN rapporte la première observation de fermeture de l'orifice cervical interne due aussi à un curetage mais accompagnée d'hématométrie et d'hématosalpinx secondaires.

De 1917 à 1932 de nombreuses observations sont publiées successivement par de nombreux auteurs allemands.

Il nous faut signaler en 1927 les travaux plus importants de BASS, 20 cas de symphyses endo utérines après curetage et en 1946 les 24 observations de synéchies du post partum ou du post abortum publiées par STAMER.

Mais c'est à ASHERMAN que nous devons en 1948 et 1950 la publication de son travail princeps où il aborde la question sous tous ses aspects : cliniques, radiologiques, étiologiques et thérapeutiques. Aussi maintenant son nom est-il désormais attaché au syndrome réalisé par les symphyses endo utérines post traumatiques.

Il est juste de rappeler par ailleurs les travaux hystérographiques de

HALD qui, le premier, en 1949, décrivit certaines images radiologiques de synéchies.

Enfin, comme nous l'avons dit précédemment, à l'occasion du Congrès de Marseille de septembre 1957, MM NETTER et MUSSET firent un remarquable rapport sur les synéchies utérines, rapport appuyé sur 50 observations et décrivirent pour la première fois les synéchies tuberculeuses, synéchies non traumatiques.

C'est également MM NETTER et MUSSET qui entreprirent une étude d'ensemble des répercussions des synéchies sur la grossesse, mirent en évidence l'association fréquente des synéchies utérines et du placenta accreta.

Nous aurons d'ailleurs souvent l'occasion au cours de ce travail, de nous référer à ces divers auteurs ainsi qu'à une intéressante communication de DEPOORTER à la Société Royale Belge.

OBSERVATIONS CLINIQUES

Observation n° 1

Mme BRA... Colette, 30 ans, vient consulter en novembre 1959 à la Maternité de l'Hôpital Saint Antoine pour des avortements à répétition. En effet, l'on note dans ses antécédents :

- 6 fausses couches provoquées par sonde, la première et la dernière suivies de curetage.

- 2 fausses couches spontanées ensuite.

L'examen gynécologique est strictement normal si ce n'est que l'on passe assez facilement dans le col la bougie de Hegar n° 7.

L'Hystérographie pratiquée alors révèle une image lacunaire arrondie de la partie moyenne de la cavité utérine qui fait poser le diagnostic de synéchie corporéale après curetage post abortum.

Le 28 novembre 1959 la malade est opérée après dilatation préalable par laminaires :

"A l'hystéromètre, la profondeur de la cavité est de 9 cm. Le curetage à la curette mousse ramène de nombreux débris. On perçoit nettement au milieu de la face antérieure une zone très scléreuse.

A la fin de l'intervention, l'on a libre accès à la cavité dans son ensemble; l'on pose un drain n° 30 qui est laissé en place pendant 5 jours".

Examen anatomopathologique des débris (Dr CAMENEN) : "endomètre au state sécrétoire moyen, fortement hyper plasique avec tubes glandulaires très nombreux, de calibre souvent excessif et présentant de fréquentes invaginations intratubulaires. Le chorion est très dense.

On trouve quelques fragments de tissu sclérchyalin de structure non définissable, à contours polycycliques et recouverts sur une partie de leur pourtour par un épithélium cylindrique de type glandulaire : il s'agit là peut-être du "pont fibreux" réalisant la synéchie".

Le 14 décembre 1959 une nouvelle hystérographie montre la disparition de l'image lacunaire centrale mais il persiste une légère irrégularité du fond utérin.

On conseille à la patiente de devenir rapidement enceinte, conseil bien suivi puisque une grossesse débute en avril 1960. Celle-ci se déroule sans incidents; à noter seulement des phénolstéroïdes un peu bas à la 26ème et la 36ème semaine.

Le 17 décembre 1960, au terme de 8 mois et demi, la femme entre en travail à 3 heures du matin.

Contractions utérines normales, dilatation du col progressive et satisfaisante.

A 13 heures 10, alors que la dilatation était à 9 cm, la poche des eaux se rompt au cours d'un toucher, donnant issue à du liquide amniotique

teinté puis sanguinolent et les bruits du coeur, jusqu'ici très bons, ne sont plus retrouvés.

Une demi-heure plus tard accouchement d'une fille mort-née de 2370 grammes avec expulsion de caillots et de sang noirâtre au moment du dégagement.

La délivrance est naturelle, complète, macroscopiquement normale (pas de cupule). Poids : 780 grammes.

La révision utérine systématique révèle une cavité utérine normale avec une zone d'insertion placentaire sur le fond utérin et débordant sur la face antérieure. L'absence de tout signe toxémique, l'absence de toute contracture utérine, de choc, fait conclure à une mort foetale par décollement placentaire prématuré.

En 1961, nouvelle grossesse avec accouchement préterme d'une fille de 3130 grammes bien portante. Délivrance normale.

Résumé

2 avortements spontanés dûs à une synéchie corporéale apparue après curetage post abortum libération des accolements endo utérins par curetage et drain intra-cavitaire.

Une grossesse peu après avec mort foetale au cours du travail par décollement placentaire prématuré.

Une nouvelle grossesse ensuite avec accouchement normal d'un enfant bien portant et délivrance naturelle complète.

Observation n° 2

Mme SAN... 37 ans consulte en novembre 1960 pour une grossesse débutante. Les antécédents sont très chargés :

- 5 avortements provoqués suivis de curetages, le dernier à l'âge de 31 ans.
- A 32 ans, à New-York, curetage pour métrorragies sans existence antérieure de grossesse. Pas de contrôle anatomo pathologique.
- A 33 ans, début de la décision de non contraception et désir d'un enfant.
- A 35 ans, après deux ans de stérilité secondaire une hystérographie révèle une oblitération bilatérale des trompes avec pertuis corporéal étroit vers la droite de la ligne médiane.

Les règles ne présentent pas d'anomalies importantes.

Un forage utérin est fait par le Docteur PALMER en 1959 et deux contrôles hystérographiques montrent la levée de la synéchie et un passage tubaire bi latéral.

8 mois après cette intervention, immédiatement après la 2ème hystérographie, une grossesse survient; mais des métrorragies apparaissent dès la sixième semaine, moment où est réalisée la réaction biologique.

Traitement par séjour au lit, silboestrol intramusculaire sur l'indication de dosages des stéroïdes dont les résultats sont faibles.

En juin 1959 convaincu d'un arrêt de développement de l'oeuf, le Docteur PALMER procède à un curetage suivi de pose d'un ballon intra utérin.

Un an après : il fait une hystérosalpingographie et constate la reproduc-

tion de la synéchie avec pourtant un passage tubaire grêle mais certain.

Trois mois après cet examen, débute une nouvelle grossesse qui est suivie régulièrement par Monsieur le Professeur Agrégé MAYER :

- dernières règles le 13 octobre 1960
- réaction biologique positive le 19 novembre 1960.

La grossesse évolue cliniquement de façon satisfaisante mais les bilans hormonaux montrent un taux de prégnandiol un peu faible à partir du quatrième mois (limite inférieure de la normale).

- des métrorragies apparaissent le 10 mai.

10 jours après, au terme de 7 mois, l'on est amené à pratiquer une opération césarienne devant la persistance des métrorragies, qui deviennent plus abondantes, l'apparition de contractions utérines, une montée tensionnelle à 17/10 et l'assourdissement des bruits du coeur à plusieurs examens successifs.

On rencontre un réseau veineux extrêmement dense et distendu sous le péritoine utéro vésical : ceci conduit à inciser verticalement le segment inférieur. On tombe sur le placenta, en variété basse, le recouvrant.

On extrait avec extrêmement de douceur un enfant de 1200 grammes qui présente immédiatement un réflexe respiratoire qui se répète au cours de la désobstruction; placé immédiatement en isolette, l'enfant meurt cependant le troisième jour.

A l'examen de la cavité utérine, on trouve sur la face postérieure une saillie considérable, formant une crête transversale, formée par de la

muqueuse hypertrophique; celle-ci est réséquée jusqu'au muscle puis on suture la zone de résection.

De plus, l'on procède à l'ablation de 5 myomes situés sur la face postérieure de l'utérus.

L'examen anatomopathologique du placenta ne révèle aucune anomalie si ce n'est un petit hématome récent sous-chorial.

Par ailleurs, à l'examen microscopique la crête muqueuse enlevée présente "un aspect histologique banal pour une muqueuse d'utérus gravide".

Dans les suites opératoires apparaît une aménorrhée et une hystérographie pratiquée par Monsieur le Professeur Agrégé GRANJON met en évidence une synéchie complète : celui-ci renonce à intervenir.

Résumé

- synéchie corporéale après curetage post abortum provoquant une stérilité.
- forage utérin 4 ans après
- avortement spontané suivi de curetage et pose d'un ballon
- reformation d'une synéchie cependant
- nouvelle grossesse avec césarienne de nécessité à 7 mois pour placenta praevia hémorragique.
- décès de l'enfant le 3ème jour.
- aménorrhée depuis avec synéchie totale.

Observation n° 3

Mme COL..., 32 ans, consulte à la Maternité de l'Hôpital Saint Antoine en mars 1954 pour une aménorrhée et des douleurs brutales du bas ventre survenant tous les mois.

Ces troubles remontent à un curetage pratiqué en décembre 52, six semaines après un accouchement pour hémorragie du post partum.

Devant ces antécédents et l'aspect des hystérographies, le diagnostic de synéchie de la région isthmique est porté :
intervention chirurgicale le 24 avril 1954, soit 18 mois après le curetage dévasteur :

Incision du cul de sac vaginal antérieur puis de la face antérieure du col jusqu'à l'isthme.

Introduction de l'hystéromètre et ensuite de bougies métalliques qui conduisent dans une cavité utérine de 5 cm. Pas d'hématométrie.

Une mêche est mise en place et enlevée trois jours plus tard. Un traitement par lutocycline est prescrit dans les suites opératoires (les frottis fonctionnels avaient révélé une imprégnation oestrogénique excessive).

Réapparition des règles normales.

En 1957, débute une grossesse qui évolue normalement si ce n'est au 4ème mois un épisode occlusif transitoire.

Le 14 mai 1958, au terme de 8 mois, rupture spontanée des membranes avec présentation du siège élevée.

On pratique une césarienne segmentaire transversale :

"Extraction sans incidents d'un enfant criant aussitôt mais malgré l'injection intraveineuse d'une ampoule de Métergin, le placenta, très adhérent, inséré dans la partie gauche de la face postérieure et du fond utérin, ne se décolle pas et l'on est obligé de pratiquer une délivrance artificielle.

De plus, si la cavité utérine paraît à prime abord normale, l'on constate des adhérences entre le sigmoïde, les annexes gauches et surtout la face postérieure de la corne gauche qu'il semble pénétrer.

La libération prudente du sigmoïde met en évidence une brêche utérine située en arrière de l'implantation de la trompe gauche et communiquant avec la cavité utérine.

L'on résèque le pourtour de cet orifice et l'on suture en 3 plans. Etant donné le bon résultat local il n'est pas pratiqué de ligature des trompes. A signaler que nous n'avons pu malheureusement trouver trace de l'examen anatomopathologique du placenta demandé à cette occasion.

Les suites opératoires immédiates sont bonnes mais au 9ème jour se produit une embolie pulmonaire sans signes de phlébite pelvienne ou des membres, qui guérit rapidement sous traitement anti-coagulant.

Le retour de couches se produit normalement.

Une hystérosalpingographie pratiquée 6 semaines après l'intervention montre des images sensiblement normales si ce n'est une cavité à bords légèrement irréguliers.

La malade est revue en 1959 et 1960, bien réglée mais dysménorrhéique.

A des examens successifs on trouve une masse annexielle gauche, sensible, grosse comme une mandarine.

Il n'existe aucun contexte infectieux.

Une hystérographie faite en février 1960 montre :

- une encoche du bord gauche de l'utérus
- une trompe droite normale
- une trompe gauche injectée jusqu'au pavillon mais non perméable.

On évoque le diagnostic de kyste fonctionnel puis d'endométriose post opératoire.

C'est alors que la malade est perdue de vue.

Résumé

- Aménorrhée due à une synéchie par curetage du post partum
- intervention par voie basse 18 mois après
- grossesse 3 mois et demi après cette intervention :
  césarienne au 8ème mois avec placenta accreta et brêche utérine colmatée par le sigmoïde.
- suspicion d'endométriose post opératoire.

Observation n° 4

Mme HEU..., 34 ans, consulte en ville le Docteur Maurice DUBOST pour fausses couches à répétition.

On trouve dans ses antécédents :

- 1955 : grossesse normale mais avec délivrance artificielle
- 1956 : grossesse normale mais avec révision utérine
- 1958 : avortement spontané de 2 mois suivi de curetage
- 1959 : avortement spontané de 2 mois suivi de curage digital.

Elle est vue 4 mois après ce dernier accident et si l'examen gynécologique ne montre qu'un petit myome à droite de l'isthme, l'hystérographie révèle une magnifique image de synéchie corporéale circulaire sur les clichés pris de face et de profil.

Une intervention est pratiquée le 6 février, soit 7 mois après le deuxième avortement.

- dilatation aux laminaires
- effondrement de la synéchie
- mise en place dans l'utérus d'une sonde PEZZER et de MALECOT que l'on enlèvera au bout de 5 jours.

Les règles sont ensuite plus abondantes : la malade est revue pour une nouvelle hystérographie de contrôle qui montre une cavité utérine normale. En septembre 1960 elle consulte à l'occasion d'une nouvelle grossesse qui se termine par un accouchement normal à terme par le siège d'un enfant de 3.650 grammes.

A signaler cependant que la délivrance est un peu difficile à obtenir sans qu'il soit toutefois nécessaire de pratiquer de délivrance artificielle.

7 mois plus tard, cette patiente fait une fausse couche spontanée de 3 mois.

- à 17 heures : pertes sanguinolentes
- à 20 heures : apparition de contractions utérines et de métrorragies.
- à 21 heures : expulsion du foetus.

La révision utérine pratiquée au doigt montre un canal cervical dilaté et une cavité utérine strictement normale. La cause de cet avortement reste mystérieuse.

Résumé

- Avortement par synéchie corporéale circulaire.
- Intervention par voie basse 7 mois après le curage digital incriminé suivie d'une grossesse avec accouchement normal mais délivrance difficile à obtenir, puis d'une fausse couche spontanée de 3 mois bien que la cavité utérine s'avère normale à la révision utérine.

Observation n° 5

Mme BAR..., 30 ans, consulte chez lui Monsieur le Professeur Agrégé MAYER pour une stérilité secondaire consécutive à un avortement spontané de plus de 3 mois, survenu en janvier 1950, et cureté. Les règles sont normales et l'examen gynécologique négatif.

L'hystérographie faite en octobre 1951 montre, en plein milieu de la cavité corporéale, une lacune à bords nets, constants sur tous les clichés.

Il s'agit de toute évidence d'une synéchie.

Un contrôle de cet état fait 6 semaines plus tard confirme le diagnostic.

Une intervention par voie basse est réalisée 14 mois après le curetage responsable :

- dilatation progressive par laminaires
- curetage à la curette mousse et passage transversal de l'hystéromètre dans la cavité utérine
- on termine par la mise en place d'une mêche imbibée d'ovocycline et retirée le 5ème jour.

Fin novembre 1951, soit 8 mois plus tard, une grossesse commence et se termine à 8 mois et demi par l'accouchement d'un enfant de 3, 340 grammes criant dès l'expulsion.

La délivrance se fait sans incidents, et l'aspect histologique du placenta est strictement normal.

Résumé

Synéchie corporéale après curetage du post abortum.

Intervention par voie basse suivie quelques mois plus tard d'une grossesse avec accouchement et délivrance normaux.

Observation n° 6

Mme CER..., 25 ans, est suivie en 1958 à la Maternité de l'Hôpital Saint-Antoine pour une grossesse.

Dans ses antécédents l'on note deux avortements spontanés suivis de curetages :

- le premier, en février 1957 au terme de 4 mois et demi
- le deuxième, en novembre 1957 au terme de deux mois.

La grossesse se déroule normalement et elle accouche à terme, le 13 mars 1959, d'une fille criant aussitôt, pesant 2.470 grammes.

La délivrance est naturelle et complète.

Etant donné les antécédents d'avortements à répétition, l'on pratique une révision utérine systématique qui permet de découvrir l'existence d'un pont musculaire entre les faces postérieure et antérieure de l'utérus au niveau de la corne gauche.

Les quelques fragments ramenés sont examinés par l'anatomopathologiste (Docteur CAMENEN) qui répond :

"Fibres musculaires lisses plus ou moins hyalinisées, séparées par une discrète sclérose conjonctive.

Au pourtour on trouve quelques lambeaux de tissu décidual".

Cette femme a été perdue de vue depuis et l'on n'a pas pu pratiquer d'hystérographie de contrôle.

Résumé

Découverte fortuite d'une synéchie corporéale à l'occasion d'une révision utérine chez une femme ayant accouché normalement mais présentant dans ses antécédents deux avortements spontanés.

	Motif de la Consultation initiale	Caractère des règles	Synéchie			Type d'interv.	Nombre	Grossesses après traitement de la Synéchie					Etat de la cavité utérine
			Siège	Ancienneté	Cause			Mode d'acc.t	Terme	Foetus		Délivrance	
										Etat à la N.	Poids		
I Mme BRAU... 30 ans	Avortements à répétition	N	Corporéale	1 an	Curetage P. Abort.	Voie basse	2	Voie Natur.	8 m 1/2	Mort-né	2370	Décollt Fremat	N
								Voies Natur.	8 m 3/4	BP	3130	N	Non vérifié
II Mme SAN... 37 ans	Stérilité secondaire	N	Corporéale	3 ans	Curetage pour métrorragie	Voie basse	2	Avortement + curetage	3 mois				
								césarienne	7 mois	grave	1200	Placenta praevia recouvrant	Saillie muqueuse au niveau de la face postérieure. Synéchie totale ultérieure
III Mme COL... 32 ans	Aménorrhée dysménorrhéique	0	isthmique	18 m.	Curetage du P. Partum	Voie basse	1	Césarienne (siège)	8 mois	B.P.		Pl. accreta	Brêche utérine
IV Mme HEU... 34 ans	Avortements à répétition	N	Corporéale circulaire	7 m.	Curage du P. Abort.	Voie basse	2	Voies Natur. (siège)	Terme	B.P.	3650	Adhérence excessive	Non vérifié
								Avort.t spontané	3 mois				N
V Mme BAR... 30 ans	Stérilité secondaire	N	Corporéale	14 m.	Curetage P. Abort.	Voie basse	1	Voies natur.	8 m. 1/2	B.P.	3340	N	Non vérifié
VI Mme CER... 25 ans	Grossesse	N	Corporéale	2 ans	Curetage P. Abort.	0	1	Grossesse sans traitement de la Synéchie					Pont musculaire au niveau de la corne G.
								Voies natur.	9 mois	B.P.	2470		

ETIOLOGIE DES SYNECHIES

Quatre grands chapitres sont à envisager successivement :

- les synéchies par abrasion mécanique.
- les synéchies après myomectomie.
- les synéchies secondaires à des agressions chimiques ou physiques et à des altérations trophiques.
- les synéchies d'origine tuberculeuse.

I - LES SYNECHIES PAR ABRASION MECANIQUE

Elles constituent le syndrome d'ASHERMAN. Ce sont de beaucoup les plus fréquentes puisque cet auteur pouvait en présenter en 1957 250 observations et MUSSET 50.

Il est établi maintenant que toutes les manoeuvres endoutérines peuvent être génératrices de symphyses.

A fortiori, si ces traumatismes sont répétés, les circonstances sont encore plus favorables mais d'emblée il nous faut insister sur le rôle primordial de la gravidité. C'est en effet dans l'immense majorité des cas des curetages du post abortum ou encore mieux du post partum qui sont à l'origine des synéchies.

En dehors du curetage, acte le plus agressif pour la muqueuse utérine, pourront aussi être incriminés les curages digitaux, délivrances artificielles, révisions utérines, tamponnements mêchages intra utérins surtout si ces interventions sont pratiquées quelques semaines après l'accouchement.

L'on sait combien l'imbibition gravidique rend alors l'utérus spécialement vulnérable de par sa molesse d'autant que l'endomètre est peu étoffé.

C'est ainsi que en étudiant nos 6 observations nous trouvons :

- 3 synéchies par curetage après avortement
  Observation : 1 - 5 - 6
- 1 synéchie par curage post abortum
  Observation : 4
- 1 synéchie par curetage du post partum
  Observation : 3

Mais, si la grossesse est la cause éminemment favorisante pour l'apparition de symphyses endo utérine après évacuation de l'utérus il est des cas, rares il est vrai - 1 cas sur les 50 observations de MUSSET - où la synéchie s'est créée en dehors de toute gravidité, à l'occasion d'un curetage pour métropathie comme dans notre observation n° 2, où la femme a subi un curetage pour métrorragies sans que l'on ait la moindre notion de gravidité.

II - LES SYNECHIES APRES MYOMECTOMIES

Décrites pour la première fois par OLIVEIRA CAMPOS, en 1956, MUSSET en publie lui-même deux observations dont une avec une grossesse en évolution à l'époque.

Ces synéchies peuvent apparaître lorsqu'il y a ouverture de la cavité utérine lors de la myomectomie et lésion ou ablation de morceaux d'endomètre. C'est pourquoi, pour les prévenir, il serait dans ces cas judicieux de placer dans la cavité utérine un ballon ou une lame de caoutchouc.

III - LES SYNECHIES PAR LESIONS CHIMIQUES OU PHYSIQUES ET PAR ALTERATIONS TROPHIQUES

Nous ne nous étendrons guère sur ce chapitre, les lésions de ce type étant rares actuellement mis à part celles par comprimés de permanganate qui donnent d'ailleurs dans la grande majorité des cas des lésions vaginales plutôt que du canal cervical.

Dans cette dernière éventualité la profondeur des lésions créé des symphyses très résistantes d'autant que nous connaissons la tendance rétractile de ce type de lésion.

De même les diathermo coagulations de l'endocol sont extrêmement dangereuses car à l'origine de coalescences des parois du canal cervical qui en plus s'atrésient.

IV - LES SYNECHIES ENDO-UTERINES SPONTANEES, TUBERCULEUSES

Individualisées par NETTER et MUSSET,

depuis la description princeps que ceux-ci en ont faite au Congrès de Marseille de 1957. Elles sont la marque d'une endométrite tuberculeuse évolutive dont les lésions fibrocaséeuses entraînent une destruction de l'endomètre totale ou partielle suivant qu'il s'agit de manifestations pre

ou post pubertaires, avec envahissement du myomètre de sorte que toutes les conditions locales sont réunies pour une coalescence des parois utérines.

Ces lésions s'accompagnent sauf en leur tout début de lésions tubaires irréversibles; nous n'en parlerons plus guère, ces femmes étant condamnées à la stérilité dans l'immense majorité des cas. La chirurgie plastique tubaire, lorsqu'elle est possible, a été en effet jusqu'ici assez décevante.

ANATOMO - PATHOLOGIE

I - MACROSCOPIQUEMENT

Nous distinguerons comme NETTER 3 variétés de Synéchies :

A - Les synéchies totales cervico-isthmo-corporéales

Ce sont de beaucoup les moins fréquentes - 3 sur les 50 cas de synéchies post traumatiques de NETTER et MUSSET.

Citons à ce propos notre observation n° 2 où une symphyse endo-utérine totale fut constatée après une césarienne au cours de laquelle avait été réséquéeune crête muqueuse, séquelle d'une synéchie antérieurement opérée.

Beaucoup plus volontiers ces synéchies totales sont d'apparition spontanée, lors d'une tuberculose génitale prépubertaire entraînant une abrasion totale de l'endomètre, par ailleurs exceptionnellement réalisée (NETTER - ROMAN - CHAPUS).

B - Les Synéchies corporéales

La très grande majorité. Leur siège électif d'après NETTER est les cornes utérines et la région supra-isthmique.

Dans nos observations par contre nous trouvons :

3 cas de synéchies de la partie moyenne de la cavité utérine. Dans les cas n° 1 et 5 il s'agit de synéchies localisées au centre de la cavité.

Dans le cas n° 4; d'une synéchie circulaire à mi-hauteur du corps de l'utérus comme en font foi les clichés hystérographiques pris de face mais aussi de profil.

Dans le cas n° 2, nous trouvons une synéchie étendue à la majeure partie de la cavité corporéale qui se réduit à un mince pertuis.

Il est bien certain que la solidité de ces accollements pariétaux dépendra pour une part de l'étendue de la synéchie mais surtout comme on a pu s'en rendre compte lors des interventions restauratrices et à l'examen des pièces opératoires, de l'ancienneté des lésions :

accollements simples, récents des faces utérines que l'hystéromètre suffit à dissocier facilement ou à l'opposé pont scléro-musculaire qui cède seulement aux ciseaux.

Quoiqu'il en soit, comme le confirment les clichés hystérographiques, la cavité utérine se trouve plus ou moins amputée, diminuée, déformée et il est des cas où l'extension, l'étendue de la symphyse, intéressant presque toute la surface endocorporéale, rend bien difficile, même à la coupe, l'identification d'une cavité résiduelle.

Pour ce qui est des cas que nous présentons, l'étendue, la densité de l'accolement n'a jamais été tel que l'on ne puisse assez facilement retrouver la cavité corporéale.

Remarquons en passant, suivant les observations de NETTER, SOCAZ, DE OLIVEIRA CAMPOS, l'intensité du processus fibreux et l'atrophie myométriale dans les symphyses tuberculeuses.

C - Les Synéchies cervico-isthmiques

Moins fréquentes, elles intéressent le plus souvent la partie haute du canal cervical ou quelquefois celui-ci dans sa totalité, obligeant alors, si elles sont très denses, à sculpter véritablement le col pour faire communiquer utérus et vagin.

En dehors de la curette trop souvent ou trop énergiquement ramenée dans l'orifice cervical, les comprimés de permanganate intra-cervicaux sont encore de nos jours, de par leurs effets nécrosant et sclérosant à l'origine de synéchies fibreuses et insistantes.

Malgré l'absence de communication entre utérus et vagin dans les obturations complètes du col, comme dans notre observation n° 3, il est rarement noté d'hématométrie et d'hémato-salpinx comme l'a bien fait remarquer ASHERMAN.

II - MICROSCOPIQUEMENT

La zone d'accolement est occupée par du myomètre banal qui, au bout d'un certain temps peut être plus ou moins envahi par un processus scléreux.

L'endomètre du reste de la cavité présente habituellement un aspect fonctionnel banal mais si les lésions sont étendues, circonscrivant plusieurs petites cavités, apparaissent des phénomènes très singuliers.

Citons NETTER :

"La muqueuse utérine est, par endroits, profondément remaniée : ici elle reste axiale, mais son épithélium peut subir des modifications profondes et variables d'un endroit à un autre :
- plat, avec des glandes en dilatation kystique en certains points,
- cubique, non fonctionnel, en d'autres,
- ailleurs ayant subi une métaplasie caliciforme de type cervical,
- ailleurs même offrant l'aspect typique d'une métaplasie mal pighienne
- certains endroits au contraire sont épargnés et la muqueuse subit, en période lutéale, une transformation oestro-progestative satisfaisantes".

Enfin, il est certains fragments d'endomètre qui refoulés vers l'extérieur par l'hypertrophie musculaire souvent associée, évoqueront une endométriose; ce phénomène intéressant est à retenir pour la pathogénie des accidents de la délivrance, lors des accouchements ultérieurs.

En cas de grossesse, la synéchie elle-même subit l'imbibition gravidique et acquiert de ce fait une certaine laxité; ASHERMAN nous dit même : "le tissu cicatriciel est remplacé par du tissu musculaire qui participe à l'hypertrophie et l'hyperplasie de la grossesse, exactement de la même manière que les autres régions musculaires de l'utérus.

Grâce à celà, la cavité utérine peut se dilater sans obstacles". C'est là une opinion optimiste qui est loin d'être partagée par la plupart des auteurs.

A l'examen microscopique des tissus symphysaires ramenés lors de la révision utérine dans notre observation n° 6, l'anatomopathologiste du service (Dr. CAMENEN) avait identifié "des fibres musculaires lisses plus

ou moins hyalisées, séparées par une discrète sclérose conjonctive. Au pourtour on trouve quelques lambeaux de tissu décidual".

Par ailleurs, il semble que l'endomètre dans les zones où il est atrophié ne subit que très partiellement la transformation déciduale.

CLINIQUE

Dans un premier temps nous envisagerons rapidement les troubles fonctionnels qui amènent assez fréquemment la femme porteuse de synéchie à consulter - les anomalies menstruelles - et les deux examens indispensables au diagnostic de synéchie (sans préjugér del'étiologie) : le cathétérisme utérin et l'hystérosalpingographie.

Dans un autre chapitre nous nous étendrons particulièrement sur le deuxième groupe de manifestations souvent révélatrices d'une symphyse utérine : les troubles de la fonction de reproduction, qu'il s'agisse d'anomalies apparaissant avant ou après traitement de la synéchie et nous verrons toutes les inter actions qu'il peut y avoir entre synéchie et grossesse. Ce sera là notre propos essentiel.

LES ANOMALIES MENSTRUELLES

Bien souvent les femmes viennent consulter pour une aménorrhée ou une oligoménorrhée.

Mis à part les troubles fonctionnels très précoces, habituellement sévères, de la tuberculose génitale apparue avant la puberté, ces symptômes sont, fait notable :

- d'apparition secondaire
- succèdent à un traumatisme endo-utérin - instrumental surtout -

Leur apparition spontanée devant par contre faire penser à la tuberculose génitale.

Parfois existent avec ou sans écoulement cataménial des douleurs cycliques du bas ventre avec gonflement des seins, épaississement de la taille et autres manifestations de la période menstruelle.

Cependant, il est possible que des synéchies restent muettes cliniquement, ASHERMAN en fait même la règle en cas de synéchie corporéale pure; c'est une opinion très controversée par les auteurs français qui voient là, au contraire, une exception.

Pour notre part, sur les 6 observations recueillies les menstruations étaient :

- normales cas n° 1 - 4 - 5
- peu abondantes cas n° 6
- absentes avec algies pelviennes cycliques cas n° 3
- normales puis ultérieurement absentes : cas n° 2

Il faut cependant remarquer que, dans un seul cas sur les 6 observations n° 3 - ce sont les troubles menstruels qui amènent la femme à consulter.

Pour affirmer le diagnostic de synéchie, bien sûr les antécédents auront été fouillés et un examen complet pratiqué, à la recherche en particulier d'une sténose de l'orifice cervical externe, de masses annexielles, de stigmates de tuberculose : il aura révélé un fonctionnement endocrinien normal (examen somatique, dosages biologiques, frottis fonctionnels).

Mais, pour affirmer le diagnostic, deux investigations seront d'une importance primordiale :

- le cathétérisme utérin
- l'hystérosalpingographie

Le cathétérisme utérin : avec une sonde en gomme de préférénce à un hystéromètre métallique, en buttant ou non sur un obstacle permettra d'apprécier la perméabilité cervicale et corporéale sans que toutefois l'on puisse par ce seul examen affirmer l'intégrité absolue de la cavité.

L'hystérographie : enfin, élément majeur capital du diagnostic. L'image caractéristique de la synéchie corporéale est la lacune : de formes diverses, unique ou multiple, soit centrale, soit accolée au bord, formant une saillie intracavitaire. Un caractère est indispensable : la persistance de son contour net, inchangé sur tous les clichés, quelque soit la pression d'injection du produit de contraste. Il sera prudent de faire ces explorations radiologiques avec des substances organo iodées différentes et sous anti-spasmodiques pour éliminer les aspects parfois trompeurs.

Nous avons ainsi obtenu des images particulièrement éloquentes dans nos observations n° 1 - 2 - 4 - 5.

Par contre les synéchies isthmiques ou cervicales isolées donnent une image en doigt de gant - cas n° 3 - le produit organo-iodé ne pouvant dans certains cas passer dans la cavité corporéale qu'après forage du col et dessinant un endocol rétréci, irrégulier, tortueux.

Il va de soi que peuvent coexister des images cervicales et corporéales et que, en cas de synéchie totale, aucune opacification endo-utérine ne peut être obtenue, le liquide refluant dans le vagin.

TROUBLES

DE LA FONCTION DE REPRODUCTION

Nous abordons ici un problème extrêmement intéressant. Les symphyses endo-utérines sont la source de divers troubles de la fonction de reproduction; s'ils ne sont certes pas constants, si parfois même la faculté de reproduction n'est en rien perturbée, nous connaissons maintenant les accidents qu'occasionnent ces adhérences intra-utérines : stérilité, avortements, accouchements prématurés, complications lors de l'expulsion, accidents de la délivrance, dystrophies foetales même. Si chez certaines femmes peu désireuses de nouvelle maternité, ils ne sont pas motif à grandes lamentations, bien au contraire, il est d'autres circonstances où la déception de ne pouvoir être enceinte ou mener une grossesse à bon terme sera cause de bien des soucis pour la femme... et pour son médecin.

Après quelques aperçus sur la stérilité nous traiterons des divers désordres que les symphyses endo-utérines entraînent au cours de la gravidité en l'absence de tout traitement et nous verrons ensuite de quels résultats ont été suivies du point de vue de la grossesse les diverses thérapeutiques proposées pour la cure des synéchies.

I - EN L'ABSENCE DE TRAITEMENT

1 - LA STERILITE

C'est là un signe révélateur fréquent; sur nos 6 observations 2 fois le motif de consultation fut une stérilité secondaire - observations n° 2 - 5 la stérilité primaire, elle, est due en règle à une tuberculose génitale précoce.

La stérilité peut être due à la synéchie elle-même, par l'obstacle infranchissable qu'elle oppose à l'ascension du spermatozoïde mais aussi à des lésions associées cervicales - avec glaire absente ou infectée - ou tubaires - séquelles d'infections du post partum ou du post abortum.

Ainsi sur les 50 observations de synéchies, MUSSET compte 29 cas de stérilité, soit 60 % des cas.

En cas de synéchie totale ou d'obturation complète du col, quelque soit le niveau, la stérilité sera bien entendu de règle chez ces femmes par ailleurs aménorrhéiques.

Par contre en présence d'une synéchie corporéale ou isthmo-corporéale, sur 41 observations il a été dénombré 20 stérilités; la femme aura donc une chance sur deux de devenir enceinte.

Du point de vue physiopathologique, la stérilité est due à l'impossibilité d'ascension du spermatozoïde dans l'utérus de par la barrière que forment les parois symphysées.

Mais ceci n'épuise point le problème car, dans les cas où l'obstacle n'est pas infranchissable, où il peut être contourné, si en fait la fécondation est possible, a eu lieu, les troubles trophiques que présente fréquemment l'endomètre d'un utérus synéchié peuvent interdire une nidation normale, voire la rendre impossible et provoquer la mort rapide ou l'expulsion de l'oeuf.

Rappelons la magnifique observation de MUSSET où l'éxérèse de la corne symphysée d'un utérus bicorne fut rapidement suivie d'une grossesse dans la corne restante.

Il s'agit donc ici de phénomènes réflexes que ASHERMAN considère comme primordiaux dans la genèse des troubles fonctionnels révélateurs de synéchies.

2 - LES AVORTEMENTS

Si nous passons en revue la littérature, nous nous rendons compte de leur fréquence lorsqu'il existe des adhérences intra-utérines; c'est souvent à la suite de cet accident que la femme est amenée à consulter.

MUSSET, sur ses 50 observations de synéchies où nous trouvons 29 femmes stériles, compte 10 femmes qui avortèrent au moins une fois. Par ailleurs sur les 30 grossesses dénombrées parmi ses 50 cas d'utérus symphysés, l'on compte 19 avortements.

ASHERMAN, lui, note seulement 6 avortements pour 33 grossesses.

ARTAUD nous rapporte 4 avortements successifs chez une femme présentant une synéchie isthmique partielle.

BRET, 1 cas avec 6 fausses couches successives par synéchie et une autre observation d'avortement par synéchie corporéale chez une patiente ayant fait une grossesse extra-utérine lors d'une précédente gestation.

KUCERA, de son côté dénombre 3 avortements sur 5 grossesses.

CAUCHERAND - BURTHIAULT et CREZE respectivement 3 et 2 fausses couches spontanées par synéchie corporéale après curetage du post partum.

C'est dire combien il faudra penser aux adhérences intra-utérines comme cause d'avortements à répétition, c'est dire la nécessité de préciser soigneusement la morphologie utérine devant de tels accidents.

D'autre part la notion de fausses couches répétées après un ou plusieurs curetages pour avortements provoqués chez une femme secondairement désireuse de maternité, devra immédiatement éveiller l'attention.

Il en est ainsi du cas de Madame BRA... - observation n° 1 - qui, après de nombreux avortements provoqués curetés, fit deux fausses couches spontanées. Une telle anamnèse fera automatiquement suspecter, entre autres, des adhérences intra-utérines.

Comme nous l'avons dit, cathétérisme utérin et hystérographie seront là deux examens de première importance :

HALBRECHT, faisant un examen hystérographique de 95 femmes aux antécédents d'avortements à répétition découvrait chez 26 d'entre elles des symphyses endo-utérines.

Ces investigations para-cliniques aideront aussi à différencier malgré une grande analogie dans les antécédents - curage, curetage, délivrance artificielle - les avortements à répétition par symphyse endo-utérine et par béance cervico-isthmique, sans préjuger bien entendu des indications que l'on saura tirer du déroulement même des accidents.

Par ailleurs, il faudra se méfier lors de l'interprétation des clichés hystérographiques et prendre ainsi pour une malformation utérine avec éperon du fond utérin, ce qui en réalité est une synéchie authentique.

Quant aux causes même de l'avortement elles sont multiples :

- exiguité de la cavité utérine qui se trouve compartimentée, rétrécie par la coalescence plus ou moins étendue des parois. L'oeuf ne peut ainsi poursuivre son développement normal et se trouve en quelque sorte "étouffé" dans cet utérus étriqué.

Il est certain que ce facteur mécanique dépendra du siège, de la multiplicité et de l'étendue des synéchies. Des adhérences localisées au fond utérin ou à une corne entraveront moins le développement ovulaire qu'une symphyse occupant le centre de la cavité utérine.

Cependant n'oublions pas, comme l'a souligné ASHERMAN, qu'au cours de la gravidité, la synéchie elle-même, influencée par les sécrétions hormonales, acquiert une certaine laxité.

- les troubles trophiques d'origine réflexe, - principalement lorsqu'il s'agit de synéchies cervicales (ASHERMAN) - que présente dans certains cas la muqueuse utérine, voire le myomètre, les remaniements tissulaires qui en résultent, avec, comme nous l'avons vu dans notre étude anatomopathologique, la coexistence d'endomètres d'aspects divers, fonctionnels ou atrophiques, font que malgré les stimulations endocriniennes intenses, la muqueuse par endroit s'étoffe mal, gêne la placentation jusqu'à pouvoir interdire une nutrition suffisante de l'oeuf d'où arrêt de développement et mort du foetus. BRET nous rapporte l'examen histologique d'un placenta qui révéla un début d'organisation fibreuse. L'avortement lui-même, est banal dans son déroulement mais les rétentions ovulaires seraient d'une relative fréquence.

ASHERMAN et MUSSET conseillent de profiter de l'expulsion spontanée

de l'oeuf, pour traiter la synéchie : le col étant alors dilaté, après curage digital soigneux, l'on rompt les ponts musculaires des zones accolées en prenant soin ensuite de mettre un drain utérin qui, laissé plusieurs jours, empêche l'accolement des parois, cause majeure de reproduction de la synéchie.

ASHERMAN cite d'autre part deux observations où, à l'occasion d'une rétention d'oeuf mort, il fit une hystérotomie par voie abdominale pour, grâce à l'ampliation de la cavité utérine, libérer plus aisément les synéchies utérines.

3 - L'ACCOUCHEMENT PREMATURE

L'interruption prématurée de la grossesse est assez souvent rencontrée, ce n'est pas une fatalité cependant. Sa pathogénie est la même que celle de l'avortement : insuffisance de volume de la cavité utérine, échanges foeto-maternels perturbés avec sénescence prématurée du placenta dans certains cas entraînant un fléchissement des sécrétions hormonales qui maintiennent la grossesse.

Mais aussi c'est l'insertion vicieuse du placenta, souvent notée comme nous le verrons, qui pourra être à l'origine d'une rupture prématurée des membranes ou de l'apparition inopinée de contractions utérines.

MUSSET, sur 11 grossesses qui ont évoluées au delà du terme de la 24ème semaine chez 8 femmes porteuses de synéchies, relève 10 accouchements prématurés; dans 2 cas le placenta était praevia.

DEPOORTER présente un cas de grossesse ayant évolué jusqu'à 7 mois et demi malgré l'existence d'une synéchie.

Pour notre part dans l'observation n° 6, est relaté un accouchement normal à terme chez une femme porteuse de synéchie corporéale. MERGER en rapporte un autre cas.

Dans toutes les autres publications nous avons pu relever de grossesses évoluant jusqu'au 3ème trimestre, les femmes avaient été préalablement opérées.

Nous envisagerons ces cas lors de la discussion des attitudes thérapeutiques à adopter, dans les traitements des synéchies.

Il est à se demander devant le peu de cas colligés d'accouchements prématurés par synéchies si, pour un certain nombre, l'absence de révision utérine, ne laissait ignorer cette lésion aux manifestations parfois discrètes.

4 - COMPLICATIONS DE L'ACCOUCHEMENT

Si donc la grossesse arrive à terme sans incidents, il est certain que l'accouchement peut se dérouler sans donner d'inquiétudes - observations de CREZE - risquant même, comme dans notre observation n° 6, de laisser passer inaperçue l'existence d'une synéchie authentique qui, sans révision utérine systématique, faite à cause des antécédents de fausses couches spontanées, n'aurait pas été révélée.

ASHERMAN, pour ce qui est des synéchies corporéales - et non pas cervicales - prétend d'ailleurs que "les adhérences qui prennent des formes différentes - cordons, ponts, rubans - sont repoussées par le foetus en développement" et "qu'elles ne gênent pas en général le développement normal de la grossesse".

Ce n'est malheureusement pas là la règle.

Quelque soit la date de l'accouchement, prématuré ou à terme, les ponts musculaires, malgré la grande laxité qu'ils acquièrent au cours de la grossesse, seront parfois une gêne et pourront former un obstacle dangereux lors de l'expulsion.

Nous aurons ainsi, comme dans l'observation rapportée par LELIEVRE, des présentations vicieuses :

Foetus en transversale dont la position était irréductible, la tête semblant buter contre un obstacle élastique (il s'agissait de ponts musculaires bas situés).

Rapportons aussi ce cas peu banal de DEPOORTER où une bride épaisse, grosse comme le pouce, bride de la région isthmocorporéale, provoqua la mort de l'enfant par étranglement lors d'une grande extraction du siège.

Remarquons enfin qu'il ne semble pas que la dynamique utérine ait été directement perturbée par l'existence de brides endo utérines, dans les accouchements qui ont été décrits. Cependant, nous rappellerons une observation de MERGER où une grossesse est apparue malgré une aménorrhée totale consécutive à un curetage de post partum. Comme dans le cas de LELIEVRE une présentation transversale irréductible conduit à une opération césarienne et à l'extraction d'un enfant vivant de 2.470 g. et, fait que nous faisons spécialement remarquer, à l'occasion de l'intervention on peut constater que, après plusieurs heures de travail le col était resté presque complètement fermé. Un autre cas d'anomalie de la dilatation nous est rapporté par MAINALDO MANESCHI : à la suite de tentatives d'avortement au deuxième mois par comprimés de permanganate intra-cervicaux, le col

n'admettant même pas une petite sonde, il fut amené en début de travail à pratiquer une césarienne et l'utérus ouvert ne put même pas identifier l'orifice interne.

Ce sont là les deux seuls cas d'anomalies de la dilatation par synéchie que nous ayons rencontrés dans la littérature.

- Accidents de la Délivrance

Après l'expulsion de l'enfant, il faudra être tout particulièrement sur ses gardes, les symphyses endo-utérines s'accompagnant volontiers à cette période d'accidents sévères.

Nous avons déjà relaté quelques cas de placenta praevia qui ont provoqué des accouchements prématurés ou une césarienne avant terme du fait des accidents hémorragiques (MUSSET, LE LIEVRE).

Si l'anomalie placentaire peut intéresser seulement la zone d'insertion plus souvent encore existeront isolément ou surajoutées des anomalies dans le processus d'implantation donnant naissance à des rétentions cotylédonnaires mais, fait plus grave, à des placentas accreta.

MUSSET a le premier insisté sur la fréquence de ces placenta accreta dans les utérus synéchiés. En dehors des 7 cas qu'il a rassemblés PONTONNIER, LA SELVE, BROCHIER publient chacun un cas. Cliniquement le décollement placentaire ne se faisant pas dans les délais habituels, l'on est amené à pratiquer une délivrance artificielle d'autant que peuvent apparaître des hémorragies abondantes. Au cours de cette tentative de délivrance, on ne trouve pas de plan de clivage; le diagnostic est fait; mais par ailleurs, l'exploration de la cavité utérine, révèle l'existence de ponts

musculaires ou des irrégularités des bords qui sont la marque des synéchies.

La zone d'insertion du placenta accreta est variable, soit normale soit sur le segment inférieur soit sur les adhérences endo-utérines qui se sont étirées à l'occasion de la grossesse, formant des espèces de haubannages intra-utérins comme dans le cas relaté par BROCHIER qui est amené à pratiquer une opération césarienne à 8 mois pour hémorragies répétées et se trouve en présence d'un placenta praevia accreta "présentant une adhérence très marquée au niveau d'une synéchie, s'étendant en anse de seau du fond utérin jusqu'au bord gauche de l'utérus. Le placenta ne peut être extrait qu'après résection de cette synéchie utérine . Il n'a malheureusement pas été fait d'examen anatomopathologique du placenta."

Une observation analogue de MUSSER nous rapporte qu'une hystérectomie d'hémostase ayant été nécessaire "l'examen microscopique montra qu'au niveau de l'utérus le décollement manuel forcé du placenta avait été réalisé en plein myomètre et que le volumineux pilier d'union était constitué par du myomètre bordé en certains points par une caduque dilacérée par l'hémorragie".

Dans la genèse de ces anomalies de la placentation, différentes pathogénies peuvent être invoquées :

Nous avons déjà insisté maintes fois sur les altérations de l'endomètre qui peuvent être très marquées. Il garde en certains endroits - et nous ne parlons pas des zones adhérentielles, - un aspect cicatriciel avec un épithélium glandulaire plat, plus ou moins atrophique avec par ailleurs une muqueuse fonctionnelle au stade secrétoire ou prolifératif suivant les réponses. "On a l'impression que l'endomètre provient de plusieurs utérus différents" (ASHERMAN).

On s'explique donc aisément que, lorsque la placentation s'étend sur des zones cicatricielles ou, du moins, peu étoffées, à transformation déciduale insuffisante, le trophoblaste atteindra très rapidement le myomètre que pénètreront les villosités crampons. Il s'ensuivra, au niveau de la caduque inter-utéro placentaire, une absence de plan de clivage, la courbe spongieuse étant quasi-inexistante; il est bien certain aussi que les conditions locales seront encore plus favorables lorsque le placenta s'insère sur la synéchie elle-même, souvent étirée en pont, bref en un endroit où la muqueuse, quand elle est présente, est particulièrement déficiente, perturbée dans son architecture.

Certains auteurs lyonnais (AMBRE, MALINAS) ont émis une autre théorie pathogénique : il est bien connu qu'à l'occasion d'examens histologiques d'utérus symphysés enlevés lors d'une hystérectomie, l'on a plusieurs fois constaté, en plein myomètre, l'existence d'îlôts d'endomètre, totalement séparés de la cavité, considérés soit comme une véritable endométriose soit comme dus au refoulement en profondeur par le myomètre hypertrophié de la zone adhérencielle, de fragments restant de muqueuse.

Pour ces auteurs ces foyers endométriaux aberrants seraient un pôle d'attraction pour le trophoblaste qui envahirait ainsi le myomètre environnant.

Bref, quelque soit la pathogénie invoquée, nous trouvons à la base des lésions endométricales et pouvons conclure comme l'avait bien fait remarquer MERGER, lors du Congrès de Marseille: "les adhérences anormales du placenta, son insertion vicieuse, voire le placenta accreta sont, en réalité, des accidents tardifs du curetage, au même titre que la synéchie elle-même".

La synéchie en effet est surtout la marque, la manifestation de l'intensité des lésions qu'a subi l'endomètre : elle n'est pas la cause directe du placenta accreta, celui-ci s'insérant bien souvent ailleurs que sur les ponts musculaires.

5 - LE PRONOSTIC FOETAL

La fragilité du foetus né prématurément n'a rien que de très habituel, mais dans le cas présent ils paraissent spécialement vulnérables car sur 10 foetus prématurés MUSSET ne compte qu'un survivant, bilan vraiment très sévère.

Enfin MUSSET met en évidence la fréquence anormale des malformations foetales puisque, sur les 30 grossesses qu'il a comptées dans ses 50 observations, ils dépassèrent le stade du 6ème mois et sur ces 11 naissances il compte 3 malformations craniennes.

II - TROUBLES DE LA REPRODUCTION APRES TRAITEMENT DES SYMPHYSES ENDO UTERINES

Nous ne décrirons pas ici les diverses méthodes de traitements des symphyses endo-utérines : elles ont été magistralement exposées par MUSSET en 1957. Ce ne sera donc point notre propos.

Par contre, en nous appuyant sur nos cas personnels et d'autres statistiques, nous verrons quelles ont été les incidences des traitements sur les fonctions de reproduction et les conclusions que l'on peut en tirer quant aux indications thérapeutiques et au pronostic des grossesses.

Pour notre part rappelons que nous avons rapporté à côté d'un cas de synéchie non traitée suivie d'accouchement normal à terme, 5 observations de synéchies utérines traitées et suivies de grossesse. Sur ces 5 femmes :

3 présentaient une stérilité secondaire
2 faisaient des avortements à répétition
1 avait consulté pour aménorrhée.

Que ces 5 femmes soient devenues enceintes et, sauf une - qui perdit un prématuré de 1.200 g - aient maintenant un enfant vivant paraît bien encourageant mais, si nous allons plus loin, nous voyons quels périls énormes mère et enfant ont couru, lors de ces gestations.

- Cas n° 1 : la première grossesse s'est soldée par un décollement prématuré du placenta - sans hémorragie grave pour la mère, cependant - fatal pour le foetus.

- Cas n° 2 : la première grossesse se termine par un avortement. La deuxième par une césarienne de nécessité à 7 mois pour hémorragie et souffrance foetale dues à un placenta praevia recouvrant. Une synéchie totale se reforme dans les suites opératoires.

- Cas n° 3 : la gestation aboutit à une opération césarienne particulièrement mouvementée au 8ème mois, à l'occasion de laquelle on découvre une brèche utérine dans la zone où s'insérait un placenta très adhérent. S'agissait-il d'une brèche due à un placenta particulièrement térébrant comme dans l'observation de KASTNER de rupture utérine pour placenta increta au 3ème mois de la grossesse, ou d'une désunion pergravidique apparue lors du développement utérin dans une région fragilisée par les

troubles trophiques consécutifs au curetage brutal du post partum et à la synéchie qui en est résultée, les deux pouvant d'ailleurs être incriminés en même temps. Nous n'avons malheureusement pas d'examens anatomo-pathologiques du placenta et des lèvres réséquées de la plaie qui puissent éclaircir le débat.

- Cas n° 4 : Si la première grossesse s'est bien déroulée, nous noterons cependant l'adhérence excessive du placenta qui a été expulsé avec quelques difficultés. L'avortement spontané qui a suivi est-il imputable à quelque séquelle tissulaire - nidation dans une zone cicatricielle ou peu étoffée - de la synéchie ou doit-on plutôt incriminer une béance cervico-isthmique, consécutive à l'expulsion par le siège d'un gros enfant, nous ne pouvons le dire : le déroulement rapide de l'avortement, sans troubles prémonitoires, pourrait y faire songer.

- Cas n° 5 - C'est la seule observation où la grossesse qui a suivi l'intervention s'est déroulée sans accidents ni incidents : expulsion à 8 mois et demi d'un enfant criant aussitôt, pesant 3.340 grammes.

En bref, mis à part les aménorrhées qui cèdent parfois à un simple cathétérisme ou à une hystérographie, comme l'a fait remarquer ASHERMAN, nous retrouvons les mêmes accidents de gestation avec une fréquence voisine, avant ou après traitement de la synéchie, même dans des cas où la cavité utérine avait retrouvé son intégrité (observation n° 1 et 4).

Dans nos 5 cas opérés, bien que l'ancienneté de la synéchie soit variable - de 7 mois à 3 ans - les synéchies étant, sauf dans le cas n° 2, assez localisées, toutes les interventions se firent par voie basse, canalaire, sauf une fois où le col fut incisé jusqu'à l'isthme l'opérateur redoutant de faire fausse route (comme dans le cas relaté par MERGER)

étant donné l'ancienneté et le siège isthmique de la synéchie. Ainsi nos 5 femmes opérées par voie basse présentèrent ensuite 7 grossesses dont :

- 3 accouchements préterme (un enfant mort-né)
- 2 accouchements prématurés par césarienne (un enfant vivant
- 2 avortements.

Il ne semble pas que ce soit la technique opératoire, la voie d'abord qui puissent être mises en cause dans la fréquence des accidents pergravidiques.

En effet, prenons les statistiques très fournies de MUSSET :

- Sur 12 femmes opérées par voie canalaire, 5 femmes présentèrent 8 grossesses qui se décomptent ainsi :

  - 2 grossesses en évolution
  - 3 accouchements normaux (un mongolien dans un cas)
  - 2 accouchements prématurés (un seul enfant vivant)
  - 1 avortement précoce.

- Sur 11 femmes opérées par voies combinées, 3 femmes présentèrent 3 grossesses dont :

  - 1 accouchement à terme
  - 1 accouchement prématuré d'un foetus malformé
  - 1 avortement au 4 ème mois par béance de l'isthme.

(Remarquons que l'intervention à double équipe s'adressait à des cas difficiles avec symphyses endoutérines anciennes, résistantes et étendues).

Dans la littérature nous retrouvons plusieurs observations isolées de synéchies traitées chirurgicalement avec des résultats divers :

- grossesse normale et accouchement normal à terme après traitement par voie vaginale :

ARTAUD, LEGOFF, HERVET, HENRION, CAUCHERAND, SIRBU, CREZE

par voie abdominale :

BOURG, DEPOORTER

grossesse normale et accouchement normal à terme aussi après traitement médical (oestrogène - cortoïdes) dans le cas de BRET et LEGROS. Par contre LASELVE PONTONNIER, THOYER ROZAT nous rapportent chacun une observation de placenta accreta qui dans les 2 premiers cas avait nécessité une césarienne de par l'abondance de l'hémorragie.

Bref, nous voyons que, s'il est des cas heureux, les complications sont très fréquentes, sans parler des stérilités qui restent nombreuses, que la synéchie ait été traitée ou non.

Nous rapportons ici le tableau de DEPOORTER, aperçu général des publications faites à ce jour sur le sujet, qui pour le résumer conclut :

"La porteuse de synéchie n'a qu'une chance sur deux de devenir enceinte - si elle devient enceinte, elle risque une fois sur deux un avortement et au cas où sa grossesse évolue au-delà des premiers mois, cette femme n'a qu'une chance sur deux d'accoucher à terme".

Nous ajouterons : Lors de l'accouchement, elle risque, de façon non négligeable des accidents de la délivrance.

SYNECHIE UTERINE - CAS PUBLIE (d'après DEPOORTER)

	Nombre de synéchies traumatiques	Type de Lésions			Traitement				Grossesses			Enfants			Stérilité		
		Corporéales	Cervicales	Mixtes-indét.	Voie Vagin.	Voie Abdom.	Médical autres	Total	Avortements	Acc. prémat.	Acc. à terme	B.P.	malformés	Acc. délivrance	volontaire	involontaire	indéterminée
MUSSET	50	14	6	9				30	19	10	1	2	12	5	15		14
	23				12	11		11	2	3	4	4	3				
SIRBU et COLL.	20	14	2	4	15	1	4	3	0	0	3	3	?	?			16
GAUTIER	19	6	1	2	15	1	-	3	3	-	-					?	
KUCERA	19							5	3	-	-						
ROBECCI	10				X			7	-	3	4				-	7	-
GUILLET	9	4	4	1	4			3	-	1	2						
HENRION	7	4	3	4				1	-	-	1	1					6
BOURG-DEPOORTER	7				-	2	2	5	1	2	2	3	1	3	-	-	2
PONTONNIER	5	2	1	1	3	-	-	2	1		1				1	-	2
CHOSSON	5	5	1	1	3	2	-	0	-	-	-	-	-	-	-	-	5
BRET-LEGROS	5	1	3	2				3	1	1	1	1		0			
DIVERS (3 cas)	10	1	100	6	5	0	1	10	-	1	9	7	2	5			
ASHERMAN	350	250															

Divers auteurs présentent un ou deux cas : ARTAUD, MERGER, CREZE, LELIEVRE, LE GOFF, HERVET, TROYEZ-ROZAT, GAUCHERAUD, GAGNEUR

CONSIDERATIONS THERAPEUTIQUES

Sans entrer dans les détails des techniques opératoires qu'a exposées MUSSET, nous envisagerons successivement deux cas bien distincts :

- Tout d'abord le cas où une grossesse évolue alors que la synéchie est connue, c'est ce qui nous intéressera surtout.

- Ensuite, le cas où la synéchie est diagnostiquée en dehors de toute grossesse.

I - GROSSESSE EN EVOLUTION AVEC SYNECHIE CONNUE

L'on aura soin de demander des bilans hormonaux répétés et de prescrire le repos ainsi qu'un traitement oestrogénique de sécurité.

1 - En cas d'avortement : comme nous l'avions déjà dit l'on profitera de l'ouverture du col pour traiter la synéchie par voie vaginale : on libérera au doigt les adhérences puis l'on posera un ballon qui sera laissé en place 2 à 3 semaines en même temps que seront administrés antibiotiques et oestrogènes.

S'il y a retention de l'oeuf mort, ASHERMAN suggère de profiter de l'ampliation relative de la cavité due à la grossesse pour pratiquer une hystérotomie et pour libérer plus aisément les surfaces symphysées.

2 - Si la grossesse arrive à terme, l'on redoutera spécialement la période de délivrance et il faudra exiger une hospitalisation chirurgical. Lors de la révision utérine systématique l'on libérera les adhérences mais, étant donné l'impossibilité de mêcher ou de mettre un ballon, le résultat sera souvent précaire et les synéchies se reproduiront malgré l'antibiothérapie et les corticoïdes.

3 - En cas d'accidents de la délivrance par placenta praevia ou surtout accreta se poseront des problèmes très difficiles; en cas de placenta accreta :

- Si l'accouchement a lieu par les voies naturelles, l'on essaiera de ramener le placenta par morceaux mais dans bien des cas une hémorragie grave malgré les ocytociques obligera à pratiquer sans trop tarder une hystérectomie d'hémostase.

- Si l'accouchement al lieu par opération césarienne MUSSET conseille l'hystérectomie d'hémostase systématique plutôt que de risquer de réintervenir en second temps dans des conditions très précaires.

II - AVANT LA GROSSESSE

S'il s'agit seulement de traiter une aménorrhée les traitements chirurgicaux permettront, sauf dans les cas des symphyses totales, d'espérer dans la grande majorité des cas le retour des règles, exception faite des synéchies très anciennes étendues sinon totales où pratiquement tout l'endomètre a été détruit.

Par contre, sachant les résultats aléatoires sur la stérilité et les

risques importants qu'entraînent les grossesses pour la femme et le foetus, connaissant les résultats assez décevants obtenus jusqu'alors, il semble judicieux de n'opérer que les femmes vraiment désireuses de maternité, sans attendre, si elles sont stériles, ou après échec d'une grossesse étroitement surveillée et bien protégée dans les autres cas.

Si l'importance et l'ancienneté de la synéchie ne contre indique pas la voie basse - et l'on sait combien l'on perfore aisément ces utérus mous alors que la synéchie elle-même forme un bloc dur favorisant les fausses routes - l'on interviendra dans les cas favorables par voie canalaire, quitte à réintervenir en cas d'échec à 2 équipes par voies combinées, comme le préconise MUSSET.

CONCLUSION

Nous avons réuni les cas observés à la Maternité de l'hôpital Sain-Antoine dans lesquels des grossesses ou accouchements sont intervenus avec la notion certaine d'une symphyse endo-utérine (synéchie) antérieure. L'observation de ces cas nous a conduit à exprimer quelques remarques :

1 - La découverte des synéchies faite dans les consultations externes du Service a souvent été de caractère fortuit.

2 - Il nous semble que le diagnostic de symphyse utérine ne doit être porté qu'à la suite d'explorations répétées sous contrôle hystérographique en utilisant successivement des produits de contrast variés et après administration d'antispasmodiques.

3 - Une de nos observations a l'intérêt particulier de mettre en évidence le caractère spécial que peut avoir l'endomètre dans ces états de synéchie. Il s'agit d'un cas de symphyse endo-utérine trois fois reformée dans des circonstances étiologiques totalement différentes. Nous ne proposons aucune explication à ce processus bien que l'on puisse recueillir dans la littérature des suggestions variées.

4 - La décision thérapeutique, l'indication d'un traitement actif par voie basse seront toujours difficiles à déterminer chaque cas ayant ses caractères particuliers et n'étant pas résolu par des principes généraux.

5 - Les 6 observations que nous avons réunies confirment que le syndrome anatomique de la synéchie ne compromet pas d'une façon définitive ni totale les possibilités de conception et développement intra-utérin de l'oeuf.

6 - Nombre de symphyses constatées ne nous semble pas conduire de façon permanente à une indication opératoire impérative.

7 - Par contre l'apparition d'une aménorrhée consécutive à une aggression de la cavité utérine (curetage du post abortum, du post partum...) et se prolongeant plus de 3 mois sans que le contexte clinique ou biologique ne révèle d'anomalies endocriniennes commande une exploration biologique afin de dépister une symphyse endo-utérine (synéchie) éventuelle.

Vu, le Président de Thèse
Professeur Mr. VARANGOT

Vu, le Doyen de la Faculté,
Professeur L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

ARRIGHI L. A., DONOVAN C. et ARRIGHI A. A. - Synéchies utérines corporéales - Semana méd., 9 août 1956, 109, n° 3269, 267-271 (Bibliogr.).

ARTAUD A. - A propos d'une guérison de stérilité par synéchie utérine. Bull. Féd. Soc. Gyn., obst., av-mai 1959, 11, n° 2 149-150.

ASHERMAN J. G. - Sur l'aménorrhée traumatique. - J. Obst. Gyn. Brit. Emp., fév. 1948, 55 n° 1, 23-30.

1950 892

ASHERMAN J. G. - Synéchies utérines d'origine traumatique. - Bulll. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1957, 9 n° 4 bis, 490-496.

ASSUS A. - Synéchies utérines. Présentation de clichés radiographiques. Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1956, 8, n° 3, 326-329.

ASSUS A. - La synéchie utérine et son diagnostic histérographique. - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., 1957, 9, n° 4 bis, 518-521.

BECLERE C. - Aménorrhée, après fausse couche curettée, par sténose de l'isthme utérin. - C. R. Soc. Franç. Gyn, fév. 1950, 20, n° 2, 44-48.

BIET Thèse Paris 1954.

BERGMAN P. et WEHLIN L. - Les synéchies intra-utérines post-traumatiques. Acta radiol. juin 1958, 49, n° 6, 453-463, 8 fig. (Bibliogr.) (Résumé franç.)

BREA L. A. et PENA Obst. Y Gyn. Latino-Aur 13 : 165 (1955)

BRET J. et LEGROS R. - Tuberculose utéro-annexielle. Masson, édit., Paris, 1956, 1, vol.

BRET A.J. et LEGROS R. - Synéchies utérines et grossesses. - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., 1957, 9, n° 4 bis, 496-502, 7 fig.

BROUILLARD H. (Melle). - Les synéchies utérines traumatiques et spontanées. Thèse Lille, 1958, n° 62.

CATRYSSE G. - Contribution à l'étude des synéchies utérines. - Thèse Lille, 1958, n° 12.

CHOSSON J. PLASSE G. et SERMENT H. - Cinq cas de synéchies traumatiques. Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1957, 9, n° 4 bis, 541-543.

CREZE J. Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1957, 9, n° 2 - Avortements à répétition et synéchies utérines.

DALSAGE J. et ROBERT H.G. - Synéchie utérine totale non tuberculeuse. C.R. Soc. franç. Gyn. déc. 1954, 24, n° 9, 329.

DALSAGE J. - Les synéchies utérines. - Progrès méd. 24 mai 1955, 83, n° 10, 195-199.

DALSAGE J. et coll. - Les synéchies ou symphyses utérines. - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., 1957, 9, n° 1 bis, 163-165.

DALSAGE J., MUSSET R. et NETTER A. - Les synéchies utérines liées aux évacuations chirurgicales ou obstétricales de l'utérus. - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., 1957, 9, n° 1 bis, 167-220.

DALSAGE J. - Les synéchies utérines liées aux évacuations chirurgicales ou obstétricales de l'utérus. Historique. - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., 1957, 9, n° 1 bis, 167-169.

DALSAGE J. - Les synéchies utérines liées aux évacuations chirurgicales ou obstétricales de l'utérus. - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., 1957, 9, n° 1 bis, 181-184.

de BRUX J. et SOLAL R. - Etude anatomo-pathologique des synéchies tuberculeuses. - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., janv. - mars 1960 - mars 1960, 12, n° 1, 8-16, 6 fig.

DE OLIVEIRA J. - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1956, 8, n° 5, 662, Synéchie endo-utérine post myomectomie.

DEMIOT. - Aménorrhée par adhérences cervico-isthmiques. - C.R. Soc. franç. Gyn. déc. 1955. 25, n° 8, 420-421.

DI PAOLA G. et LIPOVETZKY N. - Adhérences intra-utérines. Semana méd., 61, 14 oct. 1954, n° 3170, 679-681 (Bibliogr.).

DO AMARAL FERREIRA C. - Un cas de synéchie utérine post-opératoire. An. brasil. Gyn. fév. 1959, 47, n° 2, 95-100, 2 fig. (bibliogr.) (Résumé franç.)

DYONNET R. - Bull. Féd. Soc. Gyn et Obst. 1956, 8, n° 3, 357. Un cas de déficit menstruel par synéchie utérine.

EKENGREN (K.) - Diagnostic radiologique de la tuberculose génitale de la femme. - Acta radiologica, 1955, suppl. 123.

FUNCK-BRENTANO P. et DALSACE J. - Les symphyses muqueuses "réversibles" dans l'endométrite tuberculeuse. - Gyn. Obst. av.-mai 1959, 58, n° 2, 125-128, 3 fig.

GAGNEUR M. (Mme). - Guérison après traitement médical d'une synéchie utérine consécutive à un curetage. C.R. Soc. franç. Gyn. Fév. 1959, n° 2, 77-81, 2 fig.

GARES R. et LAFFARGUE P. - Synéchie spontanée de l'utérus d'origine bacillaire - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., juin-juil. 1957, 9, n° 3 338-339.

GAUDHERAND BURTHIAULT - Avortements à répétition synéchie opérée. Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1955, 7, n° 2.

GAUDEFROY - Enquête étiologique et résultats thérapeutiques dans 13 cas de synéchies utérines. - C.R. Soc. franç. Gyn. déc. 1956, 26, n° 8, 483-491, 5 fig.

GAUDEFROY M. - Grossesse à terme et enfant normal dans un cas de synéchie utérine corporéale totale opérée par la technique à deux équipes. C.R. Soc. franç. Gyn. av. 1958, 28, n° 4, 187-190.

GAUTIER P., VANDEN DORP F. et DUFOUR-BERNIER S. - Contribution de la radiologie au diagnostic des formes inapparentes de la tuberculose utérine - Bull. Soc. Roy. Belge Gyn. Obst. 1956, 26, 412-485.

GAUTIER P. - Réflexions sur les synéchies utérines traumatiques et spontanées - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1957, 9, n° 4 bis, 528-530.

GONNET - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1955, 7, 553.

GRANJON A. - Les synéchies utérines - Presse méd., (Atlas Radiol. Clin. 16 mai 1956, 64, n° 39, 1 - 4, 14 Fig.

GUILLET E. - Synéchies utérines. - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. av. mai 1957 9, n° 2, 240-242.

HAMELIN R. et NETTER A. - Synéchies utérines et grossesses. - C. R. Soc. franç. Gyn. 17 mars 1958, 28, n° 3, 120-126.

HARTEMANN J. et RIBON M. - A propos d'un cas d'adhérences intra-utérines. Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., 1958, 10, n° 1, 68-71.

HENRION C. - 7 cas de synéchies utérines traumatiques. - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., juin-juil. 1957, 9, n° 3, 267-268.

HERVET E. - Synéchie cervicale et stérilité. Succès thérapeutique inattendu. - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1957, 9, n° 4 bis, 514-515.

KASTNER - Rupture utérine pour placenta accreta au cours du 3ème mois. Zeutral-blah für gynäk 1960, 82-13.

HOUEL E. et GARES R. - A propos de 4 cas de synéchies utérines. - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1957, 9, n° 4 bis, 523-524.

KUCERA F. - C.S.E. Gynak 1955, 3, 154.

LAPEYRE Thèse Paris 1961.

LECONTE DES FLORIS H. - La prophylaxie des synéchies utérines. - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1957, 9, n° 4 bis, 516-518.

LE GOFF J. - Synéchie utérine post-abortum. - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. janv.-mars 1957, 9, n° 1, 34-36, 3 fig.

LE LIEVRE H. (Melle). - Une dystocie mécanique par synéchies utérines. Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1957, 9, n° 4 bis, 512-513.

LEROUX P., KERNEIS J. P. et GORDEEFF A. (Mme) - Synéchies cervico-isthmiques étagées de l'utérus ayant entraîné la formation d'une tumeur kystique. Bull. Féd. Soc. Obst. av.-mai 1959, 11, n° 2, 168-170.

LESNOI S.K. - Forme utérine de l'aménorrhée après curetage de l'utérus gravide dans un cas d'atrésie du canal cervical avec absence de formation d'un hématomère. - Akoucherstvo Guinek. (Moscou), 1959, n° 3, 78-82, 6 fig. (Bibliogr) (résumé angl.).

LIMAGE J. - Echec fonctionnel de l'intervention de Strassmann dans un cas de synéchie totale du corps utérin. - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1957, 9, n° 4 bis, 508-511.

LYONNET R. - Un cas de déficit menstruel par synéchie utérine cicatricielle. - Bull. F.d. Soc. Gyn. Obst. 1956, 8, n° 3, 457.

MANESCHI M. - A propos d'un cas de synéchie cervicale survenue au cours de la grossesse. - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1957, 9, n° 4 bis, 515-516.

MATHIEU - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1955, 7, 202.

MERGER R. - Curetage et stérilité. - Rev. franç. Gyn. mai 1946, 186-189.

MERGER R. et BARRAT J. - Considérations sur l'étiologie, les conséquences obstétricales et le traitement des synéchies utérines. Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1957, 9, n° 4 bis, 511-512.

MICHALKIEWICZ W. - Reconstruction de la cavité utérine. Traitement chirurgical par voie abdominale. - Gyn. Obst. Av.-mai 1958, 57, n° 2 191-196 (Bibliogr.)

MOCQUOT P. et MUSSET P. - Trois observations d'atrésies utérines cervico-isthmiques avec hématomètres, consécutives au curetage - Gyn. Obst. (supp. 1953, 5, 538-542.

MONDOR C. - Synéchie corporéale. Valeur diagnostique de l'injection du myomètre et des vaisseaux au cours de l'hystérographie dans certains cas douteux. - C.R. Soc. franç. Gyn. déc. 1954, 24, n° 9, 327-328.

MONTBAZET C. - Symphyses endo utérines tuberculeuses avec déficit menstruel. - Thèse Paris, 1955, n° 293, 62 pages.

MORAES A. (de). - A propos d'un cas de synéchie utérine totale d'origine tuberculeuse. - Gyn. prat. 1958, 9, n° 5, 277-285, 6 fig. (Bibliogr.).

MOUSSELON J. et VILLEDIEU P. - A propos de 12 observations de synéchies utérines - Lyon chir. nov. 1958, 54, n° 6, 889-894, 9 fig.

MUSSET R. et NETTER A. - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1953, 5, 3, 292.

MUSSET R. et SALOMON Y. - Les insuffisances menstruelles traumatiques, secondaires aux évacuations utérines artificielles, chirurgicales, et obstétricales. - Rév. franç. Gyn. Obst. nov.-déc. 1953, 48, n° 11-12, 311-353, 15 fig. (Bibliogr.).

MUSSET R. et SALOMON Y. - Revue de Gyn et Obst. 1954, 11.

MUSSET R. et SALOMON Y (Mme) - Les adhérences intra-utérines cicatricielles traumatiques et inflammatoires. - C.R. Soc. franç. Gyn. nov. 1955, 25, n° 7, 352-356, 6 fig.

MUSSET R. - Les synéchies utérines liées aux évacuations chirurgicales ou obstétricales de l'utérus. II. Etiologie. - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1957, 9, n° 1 bis, 169-170.

MUSSET R. - Les synéchies utérines liées aux évacuations chirurgicales ou obstétricales de l'utérus. V. - Retentissement sur les fonctions de reproduction des adhérences intra utérines secondaires aux évacuations artificielles - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1957, 9, n° 1 bis, 184-194, 1 tabl. 5 fig.

MUSSET R. - Les synéchies utérines liées aux évacuations chirurgicales ou obstétricales de l'utérus. - VII. Traitement des adhérences intra-utérines secondaires aux évacuations artificielles de l'utérus. Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1957, 9, n° 1 bis, 200-220, 5 fig. 3 tabl.

MUSSET R. Les adhérences intra utérines secondaires à des agressions chimiques ou physiques et à des altérations trophiques. - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., 1957, 9, n° 1 bis, 224-235, 7 fig.

MUSSET R., NETTER A., SOLAL R. et EFFELBAUM J. - Le traitement des symphyses endo-utérines tuberculeuses avec aménorrhée primaire. - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., janv.-mars 1960, 12, n° 1 34-36.

MUSSET R. - NETTER A., SOLAL R. et EPFELBAUM R. - Le traitement des symphyses endo-utérines tuberculeuses avec aménorrhée primaire. Gyn. Obst. janv.-mars 1960, 59, n° 1, 118-139, 14 fig. 1 tabl.

NETTER A. LAMBERT A. (Mme) et JAMES M. - Synéchies traumatiques du corps et de l'isthme utérin. - C.R. Soc. franç. Gyn. déc. 1954, 24, n° 9, 321-323, 10 fig.

NETTER A. MUSSET R. KAHN J. et SALOMON Y. - Une cause fréquente et peu connue d'hypoménorrhée et d'aménorrhée : les synéchies cicatricielles consécutives aux curetages. - Sem. hop. Paris, 6 déc. 1954, 30, n° 77, 4300-4305, 8 fig.

NETTER A. LAMBERT A. et SALOMON Y. - Les synéchies utérines. Synéchies traumatiques et synéchies spontanées. - Gynéc. prat. 1955, 6, n° 3 173-194, 28 fig. (bibliogr.)

NETTER A. MUSSET R. LAMBERT A. SALOMON Y. et MONTBAZET G. Symphyse endo-utérine tuberculeuse : un syndrome anatomo-clinique et radiologique caractéristique. - Gyn. Obst. 1955 54, n° 1, 19-36, 14 fig. (Bibliogr.)

NETTER A. MUSSET R. LAMBERT A. SALOMON Y. - Aménorrhées d'origine utérine - B.M. Soc. méd. hop. Paris, 1955, 71, n° 7-8 271-273 (Bibliogr.)

NETTER A. P. MUSSET R. LAMBERT A. SALOMON Y. - Les synéchies utérines traumatiques causes courantes d'insuffisance menstruelle, de stérilité et d'avortement. - Am. J. Obst. Gyn. fév. 1956, 71, n° 2, 368-375, 8 fig. (Bibliogr.).

NETTER A. - Les synéchies utérines liées aux évacuations chirurgicales ou obstétricales de l'utérus. III. Anatomo-pathologique. - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst 1957, 9, n° 1 bis, 170-181, 10 fig.

NETTER A. - Les synéchies utérines liées aux évacuations chirurgicales ou obstétricales de l'utérus. VI. Pathogénie et physiopathologie. Bull. Féd. Soc. Gy. Obst. 1957, 9, n° 1 bis, 194-200.

NETTER A. - Les synéchies utérines après myomectomie. - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1957, 9, n° 1 bis, 221-223, 2 fig.

NETTER A. - Les synéchies spontanées. - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1957, 9, n° 1 bis, 236-252, 7 fig. (Bibliogr.)

NETTER A. MUSSET A. LAMBERT A. SALOMON Y. - Deux nouvelles observations d'aménorrhée primaire due à une symphyse tuberculeuse de l'utérus. - C.R. Soc. franç. Gyn. oct. 1959, 29, n° 7, 301-306.

PLASSE et VERDET - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1955 7, 451 synéchie utérine.

POMMIER M. - A cas de synéchie utérine traitée par voie basse. - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. av.-mai 1958, 10, n° 2, 212-213.

PONTONNIER A. - 5 observations de syndromes d'ASCHERMAN d'origine traumatique - Gyn. Obst. janv.-mars 1957, 9, n° 1, 78-80.

PYE A. et GUERIN R.A.G. - Un cas de synéchie criminelle. - C.R. Soc. franç. Gyn. janv. 1956 26, n° 1, 32-34 (Bibliogr.)

PYE A. - A propos de synéchies. - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1957, 9, n° 4 bis 524-528, 6 fig.

RAVINA J. - Les synéchies ou symphyses utérines. Introduction. - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1957, 9, n° 4 bis, 483-489.

RIVIERE M. - Synéchie utérine récente après curetage. Libération au cours d'une injection de lipiodol. Grossesse immédiate. - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. janv.-mars 1959, 11, n° 1, 20-21.

ROMAN C. - 2 cas de synéchies utérines spontanées. - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1955, 7, n° 5, 553-554.

ROMAN C. - 2 cas de synéchies utérines spontanées. - C.R. Soc. Franç. Gyn. janvier 1955, 26, n° 1, 25-28.

SABATIER M. - Prophylaxie des synéchies durant les interventions intra-utérines par voie transcervicale. - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1957, 9, n° 4bis, 506-508.

SALOMON Y. (Mme) - Les déficits menstruels consécutifs aux évacuations chirurgicales et obstétricales de l'utérus. - Thèse Paris, juin 1953, n° 663, 144 pages Fig. tabl.

SALOMON Y. (Mme). - Les synéchies utérines corporéales traumatiques. C.R. Soc. Franç. Gyn. déc. 1954, 24, n° 9, 323-326.

SEREBRINSKY J. et SIBCLICH M. - Aménorrhée par synéchies utérines. Prensa méd. argent. 25 sept. 1959, 46, n° 39, 2384-2386 (Bibliogr.).

SERMENT H. RUF H. GAUMOUX J. et ZOGRAPHOS G. - 2 observations de synéchies utérines traumatiques. - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. oct.-déc. 1956 8, n° 5, 642-643.

SICHEL D. et WOLFF R. - Synéchies utérines. - H. Radiol. Electrol. janv. - fév. 1960, 41, n° 1-2, 62-63.

SIRBU P. COMAN A. L. et VEXLER E. - Considérations cliniques sur 20 cas de synéchies utérines. - Gyn. Obst. nov.-déc. 1957, 56, n° 5, 521-528, 6 fig.

SOLAL R. JUDE et PALVADEAU. - Synéchies utérines traumatiques et adénomyose - C. R. Soc. franç. Gyn. nov. 1956, 26, n° 7, 389-395 (Bibliogr.)

SOLAL R. - 6 observations de synéchies utérines spontanées tuberculeuses dont l'une suivie de guérison anatomique et fonctionnelle après intervention chirurgicale restauratrice. - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1957, 9, n° 4 bis, 530-541, 13 fig.

SOLAL R. BOUCHARA J. LEGROS M. et FEKKAR Y (Mme) et de BRUX J. Les synéchies utérines spontanées. De l'endométrite tuberculeuse à la synéchie. Bull. Féd. Gyn. Obst. janv.-mars 1960, 12, n° 1, 16-34, 17 fig. (Biblio)

STRASSMAN P. Zbl. gynäk 1935 59, 2772.

THOYER ROZAT J. Cas Le Goff - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1957 9, 36

VALENSIJ G. - A propos des synéchies utérines. - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1955, 7, n° 5, 620.

VAN DEN DRIESSCHE R. - A propos d'hystérographies, les synéchies endocavitaires et les faux polypes sus-isthmiques. - C. R. Soc. franç. Gyn. av. 1956, n° 4, 26, 185-191, 22 fig.

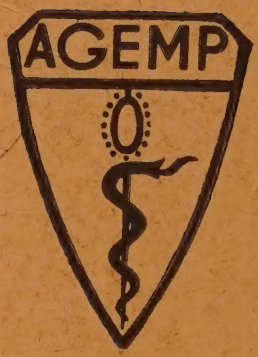
VAN DEN DRIESSCHE M. R. - Discussion concernant les aspects radiologiques des synéchies et leur diagnostic différentiel. - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1957, 9, n° 4 bis, 502-506, 7 fig.

VAN DEN DRIESSCHE M. R. Synéchies et grossesse - Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. 1957 9, n° 4 bis, 502-506, 7 fig.

VANDENFORP R. GAUTIER P. et DU BOIS R. - Les synéchies utérines traumatiques J. Radiol. Electrol. nov.-déc. 1957, 38, n° 11-12, 1127-1129. (Bibliogr).

WALDBOTT VON BASSENHEIM C. - Aménorrhée après curetage utérin. - Semanaméd. 19 sept. 1957 64, n° 332, 593-595 (Bibliogr.)

WENNER R. - Synéchies de l'utérus consécutives à la myomectomie conservatrice - Gynaecologia, mai 1958, 145, n° 5, 335-338.



AGEMP
POLYCOPIE
8, rue Dante
PARIS-V•
Téléphone : ODÉon 58-90